

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

083.511.469-39

Nome completo da vítima

ALDEMIR VALENTIM DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ALDEMIR VALENTIM DA SILVA	CPF titular da conta 083.511-463-39	Profissão AGRICULTOR
Endereço RUA DO MULUNTO	Número 545	Complemento PRAIA DE ACU
Bairro BELA VISTA	Cidade PEMBU	Estado PARAÍBA
Email	CEP 58324-000	
Telefone (DDD) (83) 99589-9143		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1033 D/V CONTA NRO. 105.322 D/V
 (Informar digito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
 AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
 (Informar digito se existir) (Informar digito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JOÃO PESSOA, 09 de JULHO

Local e Data

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
de 2018
13 JUL 2018

João Pessoa/B
Seguradora SIA.
105.322-000/B

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. APO

177-577414414-0

26/ JUN/2018

LOT 113.018160-9

LOCALIDADE: CAAP ORA

AG. 57 VINCULADA: 1033

HORA DF 07:58:56

TERM 012073

CONTROLE: 177400783

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FÁCIL

NOME: ALDEMIR VALENTIM DA SILVA

AGÊNCIA: 1033

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.105.322-6

DATA DA ABERTURA: 26/06/2018

LOTERIAS CAIXA

177-577414414-0

1ª VIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUL 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 776 Sl. 106-João Pessoa/PB

Scanned by CamScanner



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PITIMBU



BOLETIM DE OCORRENCIA nº 270/2018

Data e hora do Registro do Boletim de Ocorrência: 12/06/2018 ÀS 09h50min

Versando Sobre: Acidente motocicleta

Data do ocorrido: 19/08/2017, por volta das 18h00min

COMUNICANTE: Aldemir Valentim da Silva

Nacionalidade: Brasileiro

Naturalidade: Alhandra = PB

Idade: 33 ANOS

Data de Nascimento: 14/02/1986

Estado Civil: Solteiro

Estado Civil: Solteiro
Profissão: Agricultor

Prensa: Agricultor
Identidade: 3046048-688/PR

Identificação: 3046049
CRF:082-F11-164-20

CPF:083.511.464-39
Elação: Jose Carlos Valentim da Silva e da Motta - 11000-000
ASL-025

Filiação: José Carlos Valentim da Silva e de Marta Jovencio
Endereço: Rua da Praia, 10 - Ponta do Sol - 9300-000 - PT

Endereço: Rua da Praia, 123
Tel: 55 61 3333-3112

HISTÓRICO: Afirma o notificante, QUE, no dia 19/08/2017 por volta das 18horas estava conduzindo a sua motocicleta HONDA CG 150 FAN, de placa 0YY 3703, DE COR PRETA, ANO/MODELO 2014, CHASSI 9C2KC1680ER509533, RENAVAM 997994150, nas proximidades do Sítio das Moças, neste município, quando um veículo que vinha pela contra mão colidiu na sua moto; QUE, no momento do acidente, o notificante desmaiou e acordou somente quando se encontrava no veículo SAMU; QUE, não sabe informar os dados do veículo que colidiu em sua moto; QUE, foi socorrido para o Hospital de Trauma da cidade de João Pessoa/PB, apresentando dor e ferimento na face, coxa direita, conforme Laudo Médico, CID S72.3. QUE, NÃO possui habilitação; Ciente da penalidade prevista no Artigo 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica).

Aldemir Valentim da Silva

Comissaria de Polícia Civil



SAMU
192SAMU
192

Prefeitura Municipal de Alhandra
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - VTR: USG-42

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência n.º	Paciente / Usuário	HORA
19.08.17	1796164	Aldeirino Valentim da Silva	Idade 27
Local da Ocorrência		Bairro Acou	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
B1		Médico Regulador Fabricio	
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> QTA <input type="checkbox"/> Automóvel com Passageiro <input type="checkbox"/> Passageiro Atendido <input type="checkbox"/> Socorro ao Bambu <input type="checkbox"/> Local não Encognido <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> TENTAR RESPOSTA - NOME: USG-42, ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO			

TIPO DE ACASO / NATURALEZA DA OCORRÊNCIA

TRAUMA CIRÚRGICO GINECO-OBSTÉTRICO

DE TRANSFERÊNCIA - PROCEDENTE DO:

B1

CONTRATACAO: Policia Auto x Moto

ANTECEDENTES

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUL 2018

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIA (S):

ULTIMA ALIMENTAÇÃO:

VACINAS:

TCE / TRM / FRATURA / CONTUSÃO / ENTORSE /
 LUXAÇÃO / FACE / PCR / RAB / PAF / AFOGAMENTO /
 ATROPELAMENTO / QUEIMADURA / ELETROCUSSÃO /
 DESABAMENTO OU SOTERRAMENTO / QUEDA DA PRÓPRIA
 ALTURA / QUEDA MOTO / QUEDA ALTURA _____ metros

TIPO DE FERIMENTO E LOCAL:

DESTINO

Local: Irlama

Responsável: CRM: 1473

Função:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS, EVOLUÇÃO MÉDICA)

DADOS VITAIS

VIAA: Livre Óbstruída RESPIRAÇÃO: > 30 ipm < 30 ipm PERFUSÃO CAPILAR: Retardada Normal PAS: > 90 mm Hg < 90 mm Hg.
 PA: _____ FC: 79 FR: _____ GLICEMIA: _____ E. Comat: _____ SpO2 e/ O2: 99 SpO2 e/ O2: _____ T: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

• DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

• INTERVENÇÕES:

• EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO: Utim, comentei que havia relato de dor no lado esquerdo da parede torácica com aumento contínuo e que o paciente se sentia exposta em sua direção. Hemodiagnóstico: Utim. Suplado para o utim.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

CRM: _____
 CRM: _____

CRM: _____
 CRM: _____
 CRM: _____
 CRM: _____

ASL-0255903/18

bianca.vieira

15/09/2020 14:38:13

MARTA JOVENCIO DA SILVA
R. DO MILICUIM, S/N - CENTRO
42200-000 PB CEP: 58326000 (AG: 19)

Emissão: 17/07/2018 Referência: Jul / 2018

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIKA /ENDA MONOFASICO 01230 Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa
Roteiro: 8-255-700-5510. N° medidor: 00008656351

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA
CNPJ 09.095.182/0001-40

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica
Cód. para Débito Automático
Acesse: www.energisa.com.br

Atendimento ao Cliente Energisa: 0800 083 0196

Conta referente a: Jul / 2018 **Apresentação:** 17/07/2018 **Data prevista da próxima leitura:** 16/08/2018 **CPF/CNPJ:** 551.663.640-00 **Insc. Est:** 5/1473

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato: **ASL-0255903/18**

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior **Atual** **Constante** **Consumo**

Data	Leitura	Data	Leitura		
15/06/18	15109	17/07/18	15197	1	68

Descrição **Quantidade** **Tarifa** **Imp. Básico** **Imp. Adm.** **ICMS** **PIS/Cofins**

Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,245940	7,37	7,37	25	1,84	7,37
Consumo - 31 a 100kWh-BR	58.000	0,421810	24,45	24,45	25	6,31	24,45
Adc. B. Vermelha			3,27	3,27	25	0,82	3,27



vivo

Cadastro do Assinante

Telefônica Brasil S/A
Av. Engenheiro Luiz Carlos Barreto, 1370
Bld. Esq. Bemte
Cidade Monções
CEP: 04071-006 - São Paulo - SP
CNPJ: 03.058.157/0001-42
Insc. Est: 10025-3604/13
<http://www.vivo.com.br>

Nome: IVO JOSE DE LUCENA NETO
Endereço: AV JOAO MACHADO 553 SL. 09 CENTRO - 59013-
Código do cliente: 8995 6711 1400 CV: 0
Mês de referência: Julho/2019
Número da fatura: 0642846816-0 Tipo de cliente: Residencial

0 - JOAO PESSOA / PB
Número do telefone: 8330358077
Data de emissão: 01/07/2019
Estado de Instalação: Paraíba

15/07/2018
77,98

Descrição da sua fatura

RESUMO	VALOR (R\$)
PRESTADORA TELEFÔNICA	
Plano Contratado / Serviços Mensais	
Internet	
Vivo Fibra 15 Mbps	74,99
Telefone	
Vivo Fixo Simples - Assinatura Móvel	299,00
Pacote de Serviços Vivo Fixo	77,98
Total	
TOTAL GERAL A PAGAR	77,98

Histórico de consumo

Total utilizado na reunião: 107

www.english-test.net

Tipo de Ligação

1 Who

TOTAL GERAL A PAGAR

77.548

AVISO IMPORTANTE

Nossos registros indicam débito(s) pendente(s) no valor de R\$ 61,72. Fazemos a suspensão do serviço e despejamos despesas necessárias pagando sua conta em dia. Caso já tenha pago ate 01/07/2010 faça desconsiderar esta mensagem.

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC).
Telefonia fixa e internet: 103 15.
Para TV por assinatura: 106 15.
Pessoas com necessidades especiais
de fala/audição, ligue 142.
Para saber qual a loja Vivo
mais perto de você acesse
www.vivo.com.br
O relatório detalhado está disponível
em www.vivo.com.br/meuvivo
e pode ser solicitado impresso,
de forma permanente ou não.

Mensagem para você

A partir de 27/07/2018 sua banda larga contará com mais uma novidade: serviços digitais: Cartoon Network Jr, Discovery Kids On, Esporte Interativo Plus, Vivo Games 4U e WatchESPN. Você poderá acessá-los por aplicativos, no celular ou sites, quando e onde quiser. Saiba mais em www.vivo.com.br/consulta-bl.

Alguns serviços de banda larga, TV e telefonia fixa terão os valores alterados a partir de 1/8/18. Consulte os novos valores do seu plano em www.vivo.com.br/consulta-planos.

Importante: manterá o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nas opções de protocolo de crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura. O ressarcimento por imperfeição é realizado em conformidade com as Resoluções: Para STFC artigo 32º de Resolução Anatel nº 429/2000, para SCM artigo 4º de Resolução Anatel nº 614/2013 e para TV artigo 6º da Resolução 485/2007. Central de Atendimento Anatel: 1331 (Geral), 1332 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br. Recurso de desabrandamento WVD, ligue com o protocolo em máscara para 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fale/audição.

(097) PSABU/042/POS/SCM (084) PA125-HimKado 128

Dietmar Auer

Autenticação Mecânica

Nome do Cliente

IVº JOSE DE LUCENA NETO

Sei Caixa, favor não receber pagamento parcial.

Código do cliente	Código para Cadastramento de Débito Automático	Número da Fatura	Data de Vencimento	Valor a Pagar (R\$)
8999 6711 1400	899967111400-0	0642846816-0	15/07/2018	77,98

84580000000 8 77980082089 5 99671114000 3 64284681699 8



vivo

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima ALDEMIR VALENTIM DA SILVA	CPF da Vítima 083.511.464-39	Data do Acidente 19/08/2017
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 09 de Julho de 2018
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu CARLOS EDUARDO RIBEIRO AMORIM inscrito (a) no CPF 625.755.973 / 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALDEMIIR VALENTIM DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o N° 083.511.464 / 39, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALDEMIIR VALENTIM DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o N° 083.511.464 / 39, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Av. JOÃO MACHADO	Número	553
Bairro	Cidade	Estado	Complemento SALA 09
CENTRO	JOÃO PESSOA	PB	CEP 58.013-520

Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
CARLOS EDUARDO AMORIM. ADV@64416.COM	(83) 3021-7041	(83) 99379-3521

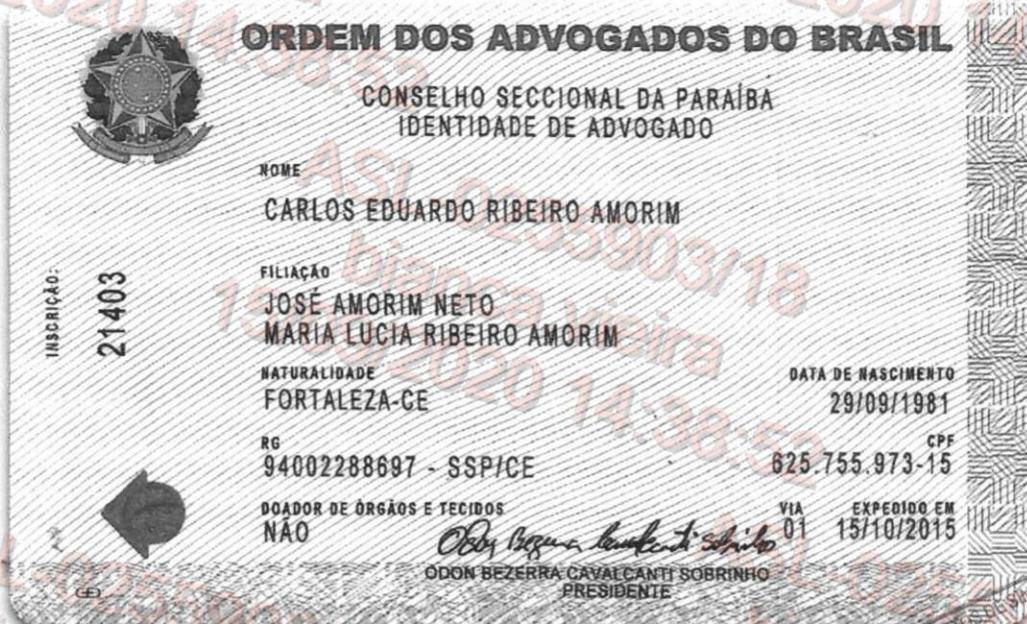
JOÃO PESSOA, 03 de AGOSTO de 2018

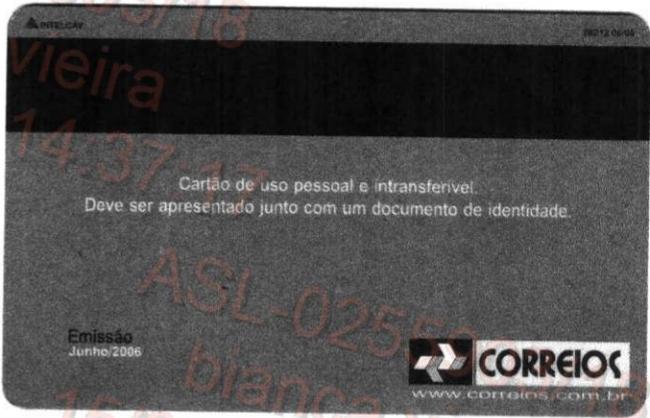
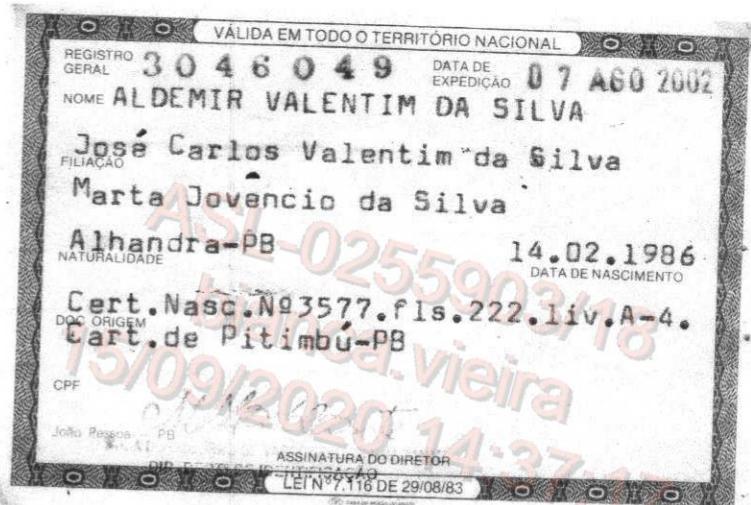
Local e Data

Carlos Eduardo Ribeiro Amorim

Assinatura do Declarante







TRABAUHA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255903/18

Vítima: ALDEMIR VALENTIM DA SILVA
CPF: 083.511.464-39

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/08/2017

Titular do CPF: ALDEMIR VALENTIM DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

DUT

Outros

ALDEMIR VALENTIM DA SILVA : 083.511.464-39

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

CARLOS EDUARDO RIBEIRO AMORIM : 625.755.973-15

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/07/2018

Nome: CARLOS EDUARDO RIBEIRO AMORIM
CPF/CNPJ: 625.755.973-15

CARLOS EDUARDO RIBEIRO AMORIM

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/07/2018

Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

ALINE GOMES DE BRITO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180322428 **Cidade:** Pitimbu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALDEMIR VALENTIM DA SILVA **Data do acidente:** 19/08/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.
FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM 2 ABORDAGENS DA FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO(FIXADOR EXTERNO, PLACA E PARAFUSOS) E FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA (FIXADOR EXTERNO, PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

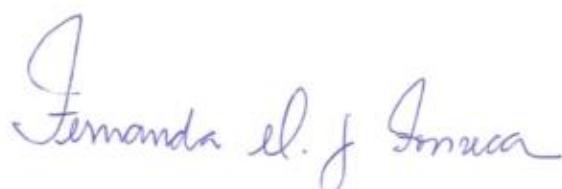
Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: ALDEMIR VALENTIM DA SILVA, brasileiro, empregado doméstico, inscrito no CPF/MF sob o nº 083.511.464-39, RG nº 3.046.049 SSP/PB, residente e domiciliado na Rua do Mucuinho, 545, Praia de Acaú, Pitimbu – PB, CEP: 58324-000, sem endereço eletrônico.

OITORGADO: IVO JOSÉ DE LUCENA NETO, Advogado, OAB/PB nº 21.296, e-mail: ivolucena@gmail.com e **CARLOS EDUARDO RIBEIRO AMORIM**, Advogado, OAB/PB 21.403, e-mail: carloseduardoamorim.adv@gmail.com, todos com escritório profissional situado na Av. João Machado, nº 553, Empresarial Plaza Center – Sala 09, Centro – João Pessoa/PB, CEP 58.013-520, onde recebem informações e notificações.

PODERES: Nos termos do art. 105 do Código de Processo Civil, os contidos na cláusula “ad judicia et extra”, para, em nome do Outorgante, perante a **Seguradora Líder** ou qualquer seguradora do grupo, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, ou fora deles, **REQUERER INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT** defender seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender os interesses do Outorgante nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os; conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, reconhecer procedência de pedido, renunciar a direito no qual se funda ação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo, ainda, substabelecer esta em outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, em especial para propor Ação, podendo inclusive, **RENUNCIAR AOS VALORES QUE EXCEDEREM O TETO DELIMITADOR DOS JUIZADOS ESPECIAIS ESTADUAIS E/OU FEDERAIS**, dentro do tempo do ajuizamento da ação.

João Pessoa, 18 de junho de 2018.

OUTORGANTE

Condomínio Empresarial Plaza Center – Sala 09 Av. João Machado, 53
CEP: 58013-520 – Contato: 83 3035 8071

EPB/JP
centro - João Pessoa
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
"JERÔNIMO LEITE"
T. Ofício de Notas
Antônio Jerônimo Leite
Oficial Titular
Pitimbu - Paraíba

SERV. NOTARIAL E REGISTRAL JERONIMO LE
Praca Senhor do Bonfim, 140, Centro, Pitimbu - PB

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALDEMIR VALENTIM DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000105322-6

Nr. da Autenticação D1F2213E10DD732B